

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1920-1921. — N° 15.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ostéites de la Tubérosité Antérieure du Tibia
et en particulier de leur Forme Pseudo-Articulaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DE LAMBERT

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Villeurbanne (Rhône), le 21 Juin 1888



VILLEFRANCHE

IMPRIMERIE DU Réveil du Beaujolais

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

**Ostéites de la Tubérosité Antérieure du Tibia
et en particulier de leur Forme Pseudo-Articulaire**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1920-1921. — N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ostéites de la Tubérosité Antérieure du Tibia
et en particulier de leur Forme Pseudo-Articulaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DE LAMBERT

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né à Villeurbanne (Rhône), le 21 Juin 1888



VILLEFRANCHE

IMPRIMERIE DU *Réveil du Beaujolais*

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS.
Chimie biologique	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie	NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales	POLICARD.
Anatomie pathologique	DOYON.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie	HOVELACQUE.	
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Urologie	GAYET	
Stomatologie	TELLIER.	

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE.	CORDIER
COMMANDEUR.	GUILLEMARD.	DUROUX	ROUBIER
NEVEU-LEMAIRE.	GARIN.	HOVELACQUE	FAVRE
NOGIER	SAVY.	TRILLAT	MURARD
BRETIN	PROMENT.	SARVONAT	BONNET
LERICHE	THEVENOT Lucien.	FLORENCE	GRAVIER, chargé
THEVENOT (Léon)	PIERY.	ROCHAIX	des fonctions.
TAVERNIER			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD président ; NOVE-JOSSERAND assesseur ;
MM. TAVERNIER, BONNET agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

ENNEMOND DE LAMBERT

Lieutenant au 86^e Régiment d'Infanterie

PAUL DE LAMBERT

Sergent au 6^e Régiment d'Infanterie

Tués à l'ennemi

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury ; nous sommes heureux de lui exprimer notre reconnaissance pour les soins éclairés qu'il voulût bien nous prodiguer autrefois.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

Qui nous a inspiré ce travail et auprès duquel nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant. Qu'il veuille bien accepter nos remerciements.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Externat : MM. GAYET, BÉRARD, LANNOIS, ALBERTIN,
PAVIOT, BRET

Internat : MM. LAROYENNE, REBATTU, BOUCHUT,
COMMANDEUR, VORON, PALLASSE

INTRODUCTION

Les ostéites de la tubérosité antérieure du tibia ont été fréquemment observées pendant la période d'ossification depuis que, le premier, Velpeau, les remarqua. Les cas le plus souvent constatés étaient des cas d'ostéites non suppurées où l'inflammation se bornait à des lésions d'hyperostose. Des ostéites suppurées ont été signalées, mais les observations connues en restent rares.

M. le Professeur agrégé Laroyenne qui nous a donné l'idée de ce travail a bien voulu mettre à notre disposition l'observation d'une malade qui nous paraît avoir un intérêt particulier en ce sens qu'elle nous permet d'essayer de mettre en lumière une forme avancée de la lésion avec retentissement sur l'articulation du genou. Nous nous arrêterons plus spécialement à cet aspect après avoir examiné la façon dont se présente cette ostéite apophysaire telle qu'elle a été observée et décrite par plusieurs auteurs.

Après un historique succinct, nous passerons en revue les observations connues de cette affection, puis nous aborderons son étiologie à propos de laquelle nous serons amenés à étudier le développement de la tubérosité antérieure du tibia. Nous passerons ensuite à l'anatomie pathologique et aux aspects cliniques de l'ostéite apophysaire du tibia en insistant sur l'importance du diagnostic qui nous permettra d'instituer un traitement précoce.

HISTORIQUE

Cette lésion apophysaire semble n'avoir été individualisée qu'assez tard. Au dire de Gosselin, Velpeau le premier aurait remarqué cette ostéite de même que celle du grand trochanter.

En 1858, l'ostéite de la tubérosité antérieure du tibia est décrite par Gosselin ; puis Giralès en signale un cas. Une nouvelle description est faite, en 1873, par Gosselin dans ses cliniques de la Charité.

Dans le Bulletin de la Société de Chirurgie de février 1878, Lannelongue donne à l'affection le nom d'ostéite apophysaire de croissance ; il montre le rapport de cette ostéite avec l'apparition d'un noyau d'ossification individualisé ; il remarque la bénignité habituelle de ladite affection bien qu'il cite un cas terminé par la mort.

Archambault publie, en 1878, plusieurs cas d'ostéites analogues ; il croit à l'origine rhumatismale de ces ostéites. Signalons aussi, en 1878, la thèse de Jegun, inspirée par Lannelongue, sur l'ostéite apophysaire en général.

En 1887, M. Pollosson publie dans Province Médicale une leçon sur l'ostéite apophysaire non suppurée de la tubérosité antérieure du tibia ; il conclut à une ostéite de croissance. Comby, dans son traité des maladies de l'enfance, dit en avoir observé plusieurs cas sans termi-

naison par suppuration. Ce mode de terminaison a été au contraire signalé par Lannelongue, Poncet, Pollosson.

L'étude des apophysites tibiales est reprise, en 1900, par Aboulker (Thèse de Lyon, inspirée par Curtillet). En 1901, Le Clerc donne dans la Revue des Maladies de l'enfance plusieurs observations d'apophysites non suppurées. Les localisations autres que sur le tibia sont le sujet de la thèse d'Hardivillier, en 1907 (thèse de Paris). Puis Denis Zesas signale un cas d'apophysite tibiale suppurée survenant à l'occasion d'une scarlatine un an après une poussée à forme d'hyperostose. Après un travail d'Osgood, en 1903, sur les lésions de la tubérosité antérieure du tibia avec une étude de l'ossification de cette apophyse, signalons, en 1919, la thèse de Rokeach sur les fractures de cette région. Ces faits de fracture ont pour nous un intérêt indiscutable car il n'est pas toujours facile dans les cas de lésions résiduelles de l'apophyse tibiale, de savoir si lesdites lésions sont imputables à une ancienne fracture ou à une ancienne ostéite.

Une des dernières études sur la question des ostéites de la tubérosité antérieure du tibia est faite, en 1918, par Hodgson dans « The American journal of orthopedic Surgery ». Malgré des recherches prolongées il nous a été impossible de nous procurer ce travail. Une analyse qu'en a fait paraître M. Mouchet dans le Journal de Chirurgie (tome XV, n° 7), nous montre que l'auteur américain insiste surtout sur ce que le point d'ossification tubérositaire peut, sur une radiographie, être pris pour une lésion traumatique par un observateur non averti. C'est d'ailleurs ce qu'avait déjà observé Osgood, en 1903 (Boston

Medical and surgical journal). Un point intéressant à remarquer est que Hodgson avait pensé tout d'abord dans le premier cas qu'il rapporte, à une inflammation chronique de la bourse séreuse prétiiale.

OBSERVATIONS (résumées)

1° Ostéites non suppurées

OBSERVATION I

Ostéite tubérositaire droite. Hyperostose (GOSSELIN, cliniques de la Charité).

Jeune homme de 17 ans. Chute sur le genou. Douleur modérée, puis plus vive. Saillie au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Repos de 15 jours : la douleur disparaît, l'hyperostose persiste.

OBSERVATION II

Ostéite tubérositaire gauche (LANNELONGUE, in thèse Jegun).

Enfant de 14 ans $\frac{1}{2}$, tourneur en cuivre, se sert constamment de sa jambe. Début par douleur de la tubérosité antérieure. Un an après, gonflement au niveau de l'apophyse qui est douloureuse à la pression...

OBSERVATION III

Ostéite apophysaire double (POLLOSSON, Province Médicale, 1899).

Garçon de 14 ans. Depuis 4 mois douleur spontanée à la région antéro-supérieure des deux jambes, réveillée par la pression, l'agenouillement, les mouvements. Puis apparition d'un gonflement osseux...

OBSERVATION IV

Ostéite apophysaire double (ABOULKER).

A 14 ans, début des douleurs au niveau des deux genoux ; puis tuméfaction, hyperostose qui avec la croissance devient moins saillante.

OBSERVATION V

Ostéite apophysaire gauche. Trépanation. Guérison (ABOULKER).

Enfant de 14 ans. Début de l'affection par douleurs vives de la tubérosité tibiale, qui cèdent au repos et à la révulsion. Deux mois après, nouveau traumatisme et nouvelle poussée, puis 3 mois encore après, douleurs plus vives suivant une contraction brusque du quadriceps. La tubérosité antérieure est tuméfiée, le diamètre du membre est augmenté ; la douleur est vive à la pression. Ces phénomènes ne cédant pas à un repos de dix jours, la trépanation est faite par M. Curtillet. Un mois après la guérison est complète.

OBSERVATION VI

Ostéite tubérositaire gauche. Périostite secondaire (LE CLERC).

Tuméfaction au-dessous du genou gauche, douloureuse à la pression et par l'agenouillement, survenant chez un enfant de 13 ans. Traitement par le repos. Huit jours après, la tuméfaction douloureuse persiste mais s'étend tout autour de la région apophysaire, la peau devient rouge et adhérente. Des pointes de feu, de la compression amènent une diminution de la tuméfaction ; la douleur persiste et ne diminue qu'après une ignipuncture profonde. Deux mois après le début de l'affection la tubérosité a repris son volume normal.

OBSERVATION VII

Ostéite apophysaire des deux tibias. Hyperostose. (LE CLERC).

Enfant de 13 ans présentant une tuméfaction apophysaire douloureuse qui augmente depuis trois mois ; pression douloureuse. Ces phénomènes sont surtout marqués à gauche. Traitement : révulsion iodée. L'hyperostose persiste.

OBSERVATION VIII

Ostéite tubéreuse droite (LE CLERC).

Tuméfaction douloureuse chez un enfant de 15 ans, cédant en un mois et demi au repos et à la révulsion iodée.

OBSERVATION IX

Ostéite apophysaire droite (LE CLERC).

Succède à un traumatisme ; traitée par le repos et la teinture d'iode. Phénomènes douloureux et tuméfaction ont disparu après 25 jours.

OBSERVATION X

Ostéite de la tubérosité droite (LE CLERC).

Tuméfaction douloureuse primitive, guérie en un mois chez un enfant de 13 ans.

OBSERVATION XI

Ostéite de la tubérosité droite (LE CLERC).

Collégien de 12 ans qui présentait une tuméfaction dure et douloureuse disparue un mois après.

OBSERVATION XII

Ostérite tubérositaire gauche. Périostite de la région de la patte d'oie (LE CLERC).

Enfant de 14 ans. Début par tuméfaction et douleur apophysaire. Quinze jours après, tuméfaction de la région de la patte d'oie, chaude, douloureuse, ne contenant pas de pus (ponction). Guérison par le repos et la compression.

OBSERVATION XIII

Ostéite tubérositaire droite (LE CLERC).

Collégien de 15 ans. Tuméfaction tubérositaire douloureuse à la pression. Augmentation du périmètre de la jambe. Chaleur locale légère. Guérison complète en 19 jours par le repos et la révulsion iodée.

OBSERVATION XIV

Ostéite tubérositaire droite très légère (LE CLERC).

En onze jours guérison d'une tuméfaction douloureuse chez un garçon de 15 ans.

2° Ostéites suppurées

OBSERVATION XV

Apophysite suppurée gauche (M. POLLOSSON).

Jeune fille de 17 ans. Début par des douleurs à la face antéro-supérieure du tibia gauche. Deux mois après, gonflement de la région. A un mois de distance on trouve une tuméfaction sous-cutanée fluctuante, froide, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia gauche ; en ce point la pres-

sion est douloureuse. L'état général est satisfaisant. Il n'y a pas de gêne dans la marche ; pas de douleur spontanée.

Intervention : on incise l'abcès à la face profonde duquel on trouve la tubérosité antérieure dénudée sur l'étendue d'une pièce de 50 centimes et comme creusée en cupule à paroi raréfiée. Autour de la cupule le périoste est épaissi. Pas de séquestre. On évide largement le foyer jusqu'à ce qu'on se trouve en tissu sain ; on creuse ainsi une cavité de un centimètre et demi de profondeur. La plaie est bourrée de gaze iodoformée.

Quarante-cinq jours après la malade sort en voie de guérison : il persiste quelques bourgeons superficiels.

OBSERVATION XVI

Ostéite tubéreuse gauche. Suppuration. Propagation à l'épiphyse et à l'articulation. Mort (LANNELONGUE, in thèse Jegun).

Garçon de 14 ans, portant au tiers supérieur et antérieur de la jambe une collection fluctuante. Cet enfant tombé sur le genou avait continué à marcher. Le gonflement parut 10 jours après. La peau est rouge et amincie. Il s'écoule un pus verdâtre avec quelques grumeaux. Il existe un trajet osseux pénétrant dans la tubérosité antérieure. L'articulation est saine, les mouvements sont faciles. Une fistule s'établit avec suppuration incessante. Le malade allait partir pour Berck lorsque se déclara une arthrite purulente du genou avec phénomènes généraux graves. La ponction retira du pus. Malgré de larges incisions le malade mourut.

Autopsie : communication avec l'article du trajet extérieur ouvert dans la tubérosité antérieure et aboutissant à une ulcération du cartilage articulaire grande comme une pièce de 50 centimes. Tissu plus mou autour du trajet, lamelles friables ; quelques fongosités.

OBSERVATION XVII

Apopophysite droite suppurée (ZESAS).

Choc au niveau du genou droit chez un garçon de 15 ans. Bientôt après apparition au niveau de la tubérosité tibiale,

de douleurs presque continuelles exagérées par les mouvements. Huit mois après on constate une tuméfaction au-dessous de l'insertion du ligament rotulien droit ; la pression y provoque une vive douleur ; la peau est normale. Une immobilisation plâtrée amène la disparition presque complète des phénomènes.

Un an après, au cours d'une convalescence de scarlatine, l'apophysite reprend une marche aiguë avec douleur, rougeur, fièvre. Une incision donna issue à du pus venant bien de l'os. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(Observation inédite)

F... Marie, âgée de 20 ans, entre le 20 novembre 1919 dans le service du docteur Laroynne, pour des douleurs du genou gauche et une ulcération de la face antéro-supérieure de la jambe.

A signaler dans les antécédents collatéraux une sœur morte de pleurésie. Personnellement, dit avoir marché à 16 mois. Régée à 16 ans, normalement. Pas de traces de syphilis. Quelques pertes blanches sans caractères. L'affection actuelle a débuté il y a près de deux ans, par des douleurs à la face interne du genou au-dessous de l'interligne articulaire, douleurs très légères qui n'empêchaient pas la malade de continuer son travail ; elle s'apercevait simplement d'un peu de gonflement de son genou.

Le 22 mai 1919 des douleurs un peu plus marquées l'amènent à voir un médecin ; elle se met au repos. Aucune révulsion n'a été pratiquée.

Le 8 novembre, une petite tumeur de la grosseur d'une noix est remarquée à la face antérieure de la jambe, à quatre travers de doigt au-dessous de la rotule, tumeur qui augmente progressivement, devient très douloureuse, ulcère la peau et suppure : d'abord issue de liquide sanguinolent, puis presque clair, enfin de pus verdâtre.

A l'entrée, le 20 novembre, la malade présente un genou gros, empâté, douloureux surtout à la pression du côté interne vers le plateau tibial et à l'extrémité inférieure du fémur. La jambe est en flexion légère sur la cuisse. La rotule est

mobile ; on a un choc rotulien net. L'extension complète est à peu près possible ; la flexion n'atteint pas l'angle droit ; il n'y a pas de mouvements de latéralité.

Au tiers supérieur de la jambe, sur la face antérieure du tibia, existe une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs, saillante, à bords surélevés non indurés, à fond rougeâtre. La surface est légèrement puriforme. Cette plaie ulcérée se mobilise très difficilement sur le tibia qui paraît élargi, dur, douloureux à la pression. On ne note rien du côté du péroné. La douleur à la pression existe dans toute la région du genou : tibia, fémur et même au niveau du creux poplité. La douleur spontanée est vive même la nuit où elle empêche le sommeil ; les essais de marche sont très douloureux. Ces phénomènes douloureux sont allés en augmentant depuis le 22 mai.

La mensuration de la cuisse à 25 centimètres de l'épine iliaque antéro supérieure, donne 38 centimètres de circonférence à droite, 34 à gauche.

On perçoit des ganglions inguinaux douloureux.

La malade qui dit avoir maigri de 10 kilogs depuis le mois de mai, a perdu l'appétit. Son état général défectueux semble être sous la dépendance des phénomènes douloureux. Elle a vu plusieurs médecins qui ont conclu à de l'arthrite, on lui a parlé d'une immobilisation de 18 mois à 2 ans. L'examen général ne montre rien d'anormal. Au sommet du poumon droit la respiration semble un peu diminuée, mais la radioscopie montre que les deux sommets s'éclairent parfaitement. Il n'y a rien à signaler du côté du cœur, du foie, des reins. La température est normale.

La radiographie montre : de face une tache claire au centre de l'épiphyse tibiale, correspondant au siège de la tubérosité antérieure du tibia, quoique peut être un peu haut située ; de profil un aspect un peu spécial de cette tubérosité qui paraît avoir été rongée.

On note encore une zone plus claire centrale, à la limite imprécise de l'épiphyse tibiale.

Sur le fémur il existe une zone claire au-dessous de la ligne de soudure diaépiphysaire. On observe également de la rarification osseuse généralisée surtout marquée au fémur.

Le 24 novembre une ponction retire de l'articulation un liquide séreux trouble. L'examen direct ne montre aucun microbe mais de nombreux polynucléaires. On pratique l'ino-



F... Marie. — OBSERVATION N° XVIII
RADIOGRAPHIE AVANT L'INTERVENTION



Y. J. Marie. OBSERVATION N° XVIII

Quadriceps AVANT L'INTERVENTION

culation à un cobaye dont l'autopsie, faite 25 jours après, ne montrera aucune lésion.

Intervention le 29 novembre (M. Laroyenne). Incision au niveau du bourgeon charnu. On tombe sur un os qui paraît dur et la trépanation mène dans le canal médullaire sain. On se reporte alors plus haut et une nouvelle trépanation conduit dans le foyer suppuré. Celui-ci renferme du pus blanc bien lié, qui a dû être entouré primitivement d'une coque de membrane pyogène dont on retrouve les lambeaux. L'étendue de cette cavité irrégulière est telle qu'elle se prolonge en arrière jusqu'au voisinage du creux poplité et en haut jusqu'au contact de l'articulation. Le curettage de cette cavité amène à effondrer : 1° la paroi postérieure du diverticule poplité ; 2° à enlever quelques fragments de la surface tibiale articulaire recouverts de cartilage, mais à aucun moment la cavité articulaire proprement dite n'est ouverte. On termine par un tamponnement à l'éther iodoformé. On met en plâtre.

Le plâtre est enlevé au bout de 44 jours.

Quelques jours après cette première opération, la malade souffre bien moins, elle reprend appétit.

Le 6 avril 1920, la fistule suppurant toujours, on pratique un nouveau nettoyage qui permet de reconnaître une cavité épiphysaire encore profonde de 3 à 4 centimètres.

Le 15 avril, nouvelle intervention motivée par la persistance de la fistule. On agrandit l'orifice du trajet dont un des bords restait douloureux. On explore la perte de substance osseux et, tant pour faciliter le drainage que pour enlever des portions osseuses qui paraissent suspectes, c'est-à-dire atteintes d'ostéite sans caractères particuliers (raréfaction osseuse, séquestres lamellaires), on refait un très large évidement de l'épiphyse tibiale supérieure. L'orifice postérieur du foyer qui s'ouvre dans le creux poplité est retrouvé et nettoyé. La paroi supérieure de l'épiphyse du côté de l'articulation est partiellement enlevée au niveau de sa partie antérieure sans que l'articulation paraisse avoir été ouverte. Tamponnement à l'éther iodoformé. On remet la gouttière plâtrée qu'on laisse en place 33 jours.

Le 7 juillet 1920, la malade quitte l'hôpital en excellent état général, mais avec une fistule qui suppure très peu. Elle marche sans douleur.

Le 14 août elle est revue ; la fistule a bien diminué. La malade revient toutes les trois semaines pour pansements et cautérisations au nitrate d'argent.

Le 9 octobre, le genou est revenu à son aspect normal. Il persiste une fistule déprimée qui suppure très peu et dans laquelle le stylet s'enfonce d'environ 3 centimètres. Les mouvements du genou sont les suivants : extension complète ; flexion active jusqu'à l'angle droit ; marche à peu près sans boiter, un peu gênée cependant à la descente. La malade a fait 10 kilomètres sans fatigue.

Il s'agit en somme dans cette observation d'une suppuration intéressant la presque totalité de l'épiphyse tibiale supérieure avec un retentissement articulaire qui guérit après traitement de la lésion tibiale.

On peut se demander à quelle sorte de lésion on a affaire. Son siège épiphysaire fait rejeter l'idée d'une ostéomyélite ordinaire de l'extrémité supérieure du tibia qui intéresserait plutôt la diaphyse. D'autre part l'intégrité relative de l'articulation du genou dont les lésions paraissent simplement réactionnelles et l'évolution de la maladie écartent le diagnostic de tumeur blanche avec localisation tuberculeuse sur l'épiphyse tibiale.

On pense alors à un point de départ possible des lésions au niveau de la tubérosité antérieure du tibia ou à son voisinage. La localisation de la fistule osseuse en regard de cette tubérosité confirme dans cette idée et plus encore l'image radiographique qui montre le maximum des lésions en ce point sous la forme d'une tache claire.

Il est vrai que l'épiphyse est presque totalement envahie par la suppuration et que l'on est peu habitué à voir des lésions apophysaires présenter une extension aussi grande ; mais le retard anormal que la malade a mis à se faire soigner peut expliquer ce développement insolite de la maladie. Il est même remarquable que l'articulation du genou n'ait pas été envahie.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

L'inflammation de l'apophyse tibiale n'apparaît que du jour où, de cartilagineuse, cette apophyse présente son début d'ossification. Avant d'étudier la nature de l'infection et les causes favorisantes de cette localisation, nous devons donc examiner le développement de cette apophyse.

1° Développement de la tubérosité antérieure du tibia

A la naissance, le tibia possède une diaphyse osseuse. Quant à l'épiphyse d'abord cartilagineuse qui formera les condyles et les surfaces articulaires du tibia, elle présente vers le troisième mois de la vie extra-utérine ou même aux environs du quatorzième mois, comme l'ont montré Ram-
baud et Renault, un point d'ossification. Puis l'ossification envahit l'épiphyse laissant cependant au niveau de la face antérieure du tibia une encoche où persiste une petite languette cartilagineuse dans laquelle apparaîtra ultérieurement un point d'ossification spécial. Ces étapes de l'os-

sification ont été suivies par Aboulker sur des coupes et des radiographies.

C'est le point d'ossification siégeant au niveau de la face antérieure du tibia qui nous intéresse plus particulièrement, car c'est au niveau de ce point que se développe la tubérosité antérieure. « Le point d'ossification tubérositaire, dit Sappey, apparaît vers la douzième année. Six ou huit mois après son apparition, il se soude par son bord supérieur à l'épiphyse voisine et figure alors une sorte de médaillon suspendu à la partie antérieure de celle-ci ; plus tard il se soude au corps de l'os ». Pour d'autres auteurs l'ossification apophysaire serait plus précoce. Rambaud et Renault la font débiter vers 8 ans dans certains cas, parfois à 14 ans seulement. Aboulker n'a pas observé d'ossification avant l'âge de 9 ans. Gaudier et Bouret n'ont pas constaté de noyau tubérositaire avant 14 ans. La majorité des auteurs admet que le point tubérositaire apparaît entre 8 et 15 ans. Puis l'ossification se poursuit du centre vers la périphérie, envahissant la zone cartilagineuse. L'apophyse se soudera d'abord à l'épiphyse par son extrémité antérieure. Ce n'est que vers l'âge de 20 ans que tout cartilage disparaît et que l'apophyse se réunit et se soude définitivement à la diaphyse.

Schlatter admet deux points d'ossification : un point épiphysaire et un point apophysaire qui se rejoignent en se développant en sens inverse. Pour lui le développement de la tubérosité a lieu entre la treizième et la quatorzième année. Kranse, Keibel, Jensen, ont une opinion analogue. Bergmann se base sur vingt radiographies d'enfants de 13 et 14 ans pour admettre un noyau apophysaire propre

que l'on peut voir complètement séparé de l'épiphyse et du prolongement épiphysaire qu'il est fréquent d'observer; mais il existerait plusieurs points d'ossification séparés. C'est de la coalescence de trois noyaux distincts que naît l'apophyse dans plusieurs cas observés par lui.

L'existence du centre d'ossification apophysaire n'est cependant pas admise par tous les auteurs. Pour Langer Toldt, entre autres, la tubérosité antérieure du tibia naît du centre épiphysaire par un prolongement. Osgood dit que le tubercule tibial se développe aux dépens de l'épiphyse par un prolongement linguiforme (tonguelike process) s'étendant en bas vers la surface antérieure de la diaphyse. Il s'appuie sur des préparations faites par Dwight et Young pour dire que l'ossification apophysaire n'est que l'extension à ce niveau de l'ossification épiphysaire dans la majorité des cas. Il admet cependant que parfois il existe un centre d'ossification indépendant né dans le prolongement cartilagineux.

En résumé, les descriptions du développement de la tubérosité antérieure du tibia varient suivant les auteurs. Tantôt on parle d'un ou de plusieurs points d'ossification distincts, tantôt on fait de la tubérosité un simple prolongement du point d'ossification épiphysaire. On signale aussi des relations entre l'ossification diaphysaire et l'ossification apophysaire. Il ressort une certaine obscurité de l'ensemble de ces descriptions. Elle tient probablement à des variations individuelles dans le développement de l'apophyse, variations qui semblent encore exister sur le même individu au niveau de chaque membre* (Bergmann).

2° Nature de l'infection

Les auteurs qui se sont occupés de la question ont invoqué différentes causes. Le rhumatisme a été incriminé par Archambault ; mais il semble que l'on ne puisse se contenter de ce terme pour caractériser la nature d'une ostéite. La syphilis aurait pu être retrouvée à l'origine de l'apophysite du tibia. Un cas cité par M. Pollosson et où l'affection céda au traitement mixte semble bien le prouver.

Au cours des différentes maladies infectieuses on a noté l'apophysite tibiale d'emblée. La rougeole est assez fréquemment incriminée et, avec la fièvre typhoïde et la scarlatine, serait l'origine de formes suppurées (observation de Zesas d'ostéite tibiale suppurée post-scarlatineuse). Remarquons en passant que ces ostéites infectieuses post-fébriles à localisation variable ont été signalées par Ollier, dès 1860. Gangolphe en signale la fréquence.

On a noté comme agent microbien le staphylocoque. Aboulker trouve du staphylocoque blanc de virulence atténuée. Le pneumocoque, le streptocoque et le bacille d'Eberth auraient été constatés.

Quelle part faut-il faire à la tuberculose ? Cela est difficile à dire, mais aucun des cas observés ne permet d'y rattacher nettement l'affection qui nous occupe. L'amélioration rapide de l'état de la malade, l'intégrité articulaire nous permettent de la rejeter dans l'observation que nous rapportons, dans laquelle pourtant on note l'étendue des lésions épiphysaires. D'ailleurs dans aucune des observations que nous résumons, on ne signale l'extension d'un

processus tuberculeux ni aucune autre localisation tuberculeuse. La tuberculose ne paraît donc pas être ordinairement en cause. Il est vrai que les examens histologiques et bactériologiques manquent trop souvent, mais ils ont été dans tous les cas négatifs au point de vue de la tuberculose. La fréquence des formes bénignes, l'intégrité habituelle de l'articulation du genou, l'aspect des lésions ne sont pas non plus en faveur de la tuberculose.

3° Causes favorisantes

Certaines causes favorisent la localisation de l'ostéite à ce niveau. Ce sont d'abord des causes traumatiques : choc, chute sur le genou.

Remarquons, en passant, que cette région proéminente est exposée par sa situation à des traumatismes dont le rôle n'est pas douteux et que nous retrouvons dans plusieurs observations (Gosselin, Lannelongue). Le point de départ peut être dans une fracture partielle parfois restée méconnue dans laquelle la contraction du quadriceps a joué un rôle. A-t-on affaire à une ostéite consécutive à une contusion osseuse simple ou à une fracture apophysaire vraie ? Il peut être malaisé de décider. A côté de ces traumatismes violents il faut faire une place aux traumatismes légers mais répétés, et plusieurs auteurs ont observé des cas d'ostéite chez les adolescents qui s'agenouillent fréquemment. Le travail exagéré du membre inférieur peut aussi être incriminé. Lannelongue fait jouer un rôle aux tractions répétées du quadriceps sur la tubérosité antérieure du tibia. Une observation démonstrative

en est publiée dans la thèse de Jegun. Curtillet note un cas analogue succédant à de fréquents exercices de gymnastique. L'influence de l'âge résulte de la fréquence des traumatismes et surtout de l'intensité des phénomènes d'ossification prédominant entre douze et quatorze ans. Il s'agit bien ici d'une ostéite de croissance. Le sujet le plus âgé a vingt ans et encore l'affection remonte-t-elle à deux ans auparavant.

En résumé, les ostéites apophysaires tibiales appartiennent à la classe des ostéites de croissance et des ostéites post-fébriles. Liées avant tout au développement du squelette, elles sont quelquefois favorisées par un traumatisme ou peuvent succéder à une maladie infectieuse. Elles sont le plus souvent la localisation primitive et unique d'une infection. Rappelons qu'il existe au moins une observation où la syphilis paraît être en cause.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions observées au niveau de l'apophyse tibiale doivent être envisagées séparément suivant qu'elles ont abouti ou non à la suppuration.

1° Formes non suppurées

Ici les observations sont peu nombreuses ; en effet, les interventions dans ces cas sont assez rares, d'autre part la possibilité de constater ces lésions à l'autopsie paraît exceptionnelle. Il semble que l'on peut admettre qu'il s'agit de lésions analogues à celles d'ostéites non suppurées observées ailleurs : simple hyperémie, vascularisation exagérée de la moëlle ; puis accélération du mouvement ostéogénique aboutissant à une hyperostose. Ce processus d'hyperostose a été constaté à l'intervention par Curtillet comme nous le verrons tout à l'heure.

Il serait intéressant de savoir quel est le point de départ exact des lésions. L'inflammation débute-t-elle par le

noyau apophysaire, par le cartilage ou par la région diaphysaire voisine ? A-t-on affaire à une ostéite juxta-apophysaire ? Comme le fait remarquer M. Pollosson, noyau apophysaire et région juxta apophysaire sont tous deux malades sans qu'il soit ordinairement possible de reconnaître le point de départ exact de l'inflammation. Comme dans les ostéites juxta-épiphysaires où les lésions siègent au niveau du bulbe de l'os décrit par Lannelongue, à la limite diaphysaire du cartilage de conjugaison, de même ici le point de départ paraît être au niveau du point où apparaît l'os nouveau. C'est une raison de plus pour rapprocher cette apophysite des ostéomyélites de croissance.

Cette inflammation a pour résultat une exagération de l'ostéogénèse ; elle retentit sur le périoste et les cellules osseuses embryonnaires, d'où il résulte une hyperostose définitive. Telle est l'opinion de la majorité des auteurs. Pour Gosselin, le point de départ serait périostique ; mais dans les différentes observations il semble que la réaction périostique a suivi, parfois même d'assez loin le début de l'affection. Curtillet, dans une intervention, trouve en allant de la superficie à la profondeur : une coque d'os périostique de nouvelle formation, très vasculaire, puis de l'os nouveau dont les mailles contiennent une moëlle gélatineuse. L'ossification s'est produite au niveau du cartilage de conjugaison, constituant une soudure prématurée de l'apophyse.

Des observations citées on peut conclure que le point de départ de l'ostéite siège à la limite du noyau apophysaire et du cartilage de conjugaison. Ce n'est que secondairement que le périoste réagit et que l'épiphyse est en-

vahie dans les cas où l'affection a évolué ; quant à la diaphyse elle est intacte.

2° Formes suppurées

A côté de ces formes anatomo-pathologiques, de cette ostéite plastique décrite par Poncet, il existe des formes suppurées. Elles étaient considérées comme fréquentes par Lannelongue. La plupart des auteurs les disent rares, et, de fait, il nous a été difficile d'en réunir quelques observations.

Dans ces cas l'évolution se fait vers la raréfaction osseuse. Les canalicules osseux dilatés perdent de leur substance, les trabécules perdent de leur solidité. Peu à peu les espaces intertrabéculaires augmentent et se remplissent de pus. De petites esquilles peuvent se détacher et s'éliminer avec le pus, l'abcès étant ouvert à l'extérieur. En dehors on peut trouver le périoste décollé, avec abcès sous-périostique. Il est fréquemment épaissi. Les parties molles elles aussi participent à l'inflammation et laissent la collection s'ouvrir au-dehors.

Dans un cas de M. Pollosson, l'apophyse était dénudée et creusée en cupule autour de laquelle il existait un épaississement du périoste ; il n'y avait pas de séquestres. Une observation de Lannelongue note l'issue du pus à l'extérieur ; le trajet aboutissait à la tubérosité antérieure.

Dans l'observation que nous rapportons, le processus de raréfaction est poussé beaucoup plus loin ; il existe une cavité se prolongeant jusqu'au creux poplité en arrière, et en haut jusqu'au voisinage de l'articulation du genou.

Cette cavité contient du pus blanc, bien lié, dans lequel on retrouve des débris de membrane pyogène.

Propagation de l'inflammation

Elle peut se faire en des directions variées :

1° Indépendamment de la réaction se manifestant à l'extérieur par l'irritation du périoste et l'hyperostose fréquente, la propagation à l'extérieur peut, en cas de suppuration, aboutir à une fistule cutanée avec écoulement de pus.

2° L'inflammation peut envahir l'épiphyse, atteindre l'articulation du genou et donner une arthrite purulente. Dans l'observation de Lannelongue la surface articulaire était largement ulcérée et il existait d'autre part une ouverture à l'extérieur, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Le trajet renfermait des fongosités.

3° A côté de ces lésions par envahissement articulaire on peut voir une simple réaction du côté de l'articulation. Dans notre observation la ponction donna issue à un liquide séreux un peu trouble dans lequel l'examen ne décelait aucun microbe. L'intervention montra que les lésions d'ostéite n'avaient point atteint l'articulation. L'examen radioscopique avait permis de constater des lésions réactionnelles du côté du fémur constituées par de l'ostéoporose.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES

Les ostéites de la tubérosité antérieure du tibia peuvent emprunter un aspect différent suivant les cas. Elles peuvent apparaître comme des ostéites évidemment localisées à cette tubérosité ; mais à côté de ces formes, on peut découvrir l'affection sous un aspect tout différent : au voisinage du point d'ostéite il existe alors de la réaction articulaire donnant un gonflement, un empâtement général du genou pouvant en imposer parfois pour une ostéo-arthrite subaigüe et l'on peut penser à une lésion tuberculeuse. Cette forme n'est vraisemblablement qu'une forme évolutive succédant à un des aspects plus souvent observés et décrits par les auteurs, mais le début aura pu passer inaperçu et l'affection n'être examinée qu'au stade de réaction articulaire. L'importance du diagnostic entre cet aspect et une tumeur blanche saute aux yeux, et il nous a semblé que l'on pouvait faire une place dans la symptomatologie à une forme pseudo-articulaire. Cette forme clinique mérite d'être individualisée pour ne pas être oubliée au moment d'un diagnostic. L'observation recueil-

lie dans le service de M. Laroyenne nous servira à en établir les traits. Nous ferons précéder sa description d'un rappel de la symptomatologie des formes ordinaires non suppurées et suppurées connues depuis longtemps.

1° **Forme non suppurée ou forme hyperostotique simple**

C'est la plus commune de beaucoup, caractérisée essentiellement par la douleur et l'hyperostose. Elle a été décrite par Poncet de la façon suivante : « Il est fréquent de constater chez des jeunes sujets, au moment d'une poussée de croissance et particulièrement de 12 à 15 ans, des accidents douloureux du côté de l'une ou des deux tubérosités antérieures du tibia. Les enfants atteints se plaignaient de douleurs plus ou moins vives pendant la marche ou un exercice violent, ils redoutaient surtout de se mettre à genoux et avaient grand soin d'éviter la pression au niveau de la région douloureuse. A l'examen on constatait un certain degré d'hyperostose de la, ou des tubérosités antérieures du tibia. La pression y provoquait une douleur plus ou moins aiguë. Sous l'influence du repos et de la révulsion locale, ces phénomènes douloureux s'atténuaient, mais il restait toujours un certain degré de gonflement osseux qui créait à ce niveau une sorte de **locus minoris resistentiæ**. En un mot, l'ostéopériostite de croissance laissait comme reliquat une hyperostose plus ou moins marquée qui ne disparaissait pas avec le temps et qui, sous l'influence d'une cause occasionnelle telle que le froid, un choc, pouvait redevenir douloureuse ». Tel est l'aspect et telle est l'évolution de l'affection.

La douleur est constante. C'est le premier symptôme qui attire l'attention de l'enfant. Elle peut être plus ou moins vive avec des paroxysmes. La palpation éveille une douleur vive ordinairement très limitée ; elle permet également de reconnaître un peu d'empâtement, de l'augmentation de la chaleur locale. Il est assez commun d'observer au niveau de la région apophysaire un peu de rougeur. Après 8 à 20 jours, l'affection qui s'est parfois accompagnée de malaises, de léger état fébrile, rétrocede, et l'on voit lui succéder peu à peu de l'hyperostose qui subsistera.

Souvent cette évolution est entrecoupée de plusieurs poussées et l'on a signalé aussi la coïncidence de phénomènes douloureux au niveau d'autres points juxta-épiphysaires: L'hyperostose qui succède à ces poussées forme une saillie nette au niveau de la tubérosité antérieure. La palpation donne l'impression d'un épaissement faisant corps avec l'os. Cette augmentation de volume n'est pas considérable mais se perçoit nettement malgré tout, surtout la région étant vue de profil. Le genou est augmenté de volume dans la circonférence. Lannelongue a noté un léger accroissement de la longueur du tibia. Il n'existe alors aucune altération des parties molles. L'articulation a son jeu normal. Tous les mouvements sont possibles sauf dans les cas, rares il est vrai, de contracture réflexe (Gosselin).

Cette forme essentiellement bénigne ne laisse ordinairement après elle aucun phénomène douloureux. Le diagnostic en sera facile. Il suffit d'y penser. La tuberculose siège au niveau de l'épiphyse. La syphilis a des stigmates.

2° Forme suppurée

L'apophysite tibiale suppurée a été observée par Poncet chez une petite fille qui avait eu des symptômes d'ostéite infectieuse de l'apophyse tibiale et qui était amenée à l'hôpital pour une fistule. M. Pollosson décrit également un cas d'ostéite apophysaire suppurée. L'évolution en fut la suivante : trois mois après le début de phénomènes douloureux de la région apophysaire apparaît un gonflement en ce point. Puis on note un mois après une tuméfaction fluctuante douloureuse à la pression. Il n'existait aucune gêne au niveau de l'articulation. La guérison eut lieu après incision et évitement. Zesas en publie une observation (observation XVII). Début par symptômes d'apophysite non suppurée. A l'occasion d'une convalescence de scarlatine cette apophysite prit une allure aiguë avec douleurs, fièvre, rougeur. La guérison survint après évacuation de pus.

Dans un cas vu par Lannelongue (observation XVI), le début se fit par de la douleur, puis le gonflement apparut, il se forma une collection fluctuante qui donna issue à du pus. L'envahissement articulaire vint compliquer l'affection, donnant lieu à une arthrite suppurée qui entraîna la mort.

Le début de ces formes suppurées se fait donc par des phénomènes douloureux suivis d'hyperostose. Après un temps variable la suppuration est annoncée par une recrudescence des douleurs à l'occasion des mouvements, à la pression ; par un état fébrile plus ou moins marqué. La température peut s'élever à 39°, 40°. On a signalé des frissons, des vomissements. Localement la région tumé-

fiée est rouge, chaude et peut donner une sensation d'empâtement. Puis la peau s'amincit, la fluctuation peut être perçue et l'abcès formé s'ouvre à l'extérieur si l'on n'intervient pas, donnant une fistule. L'envahissement articulaire est une complication grave à redouter.

Ces formes suppurées seront ordinairement aisées à reconnaître. L'interrogation permettra d'en retrouver le début. L'hygroma de la bourse séreuse pré-tibiale peut simuler une ostéite suppurée, mais elle donne habituellement lieu à une tuméfaction biloculaire et fluctuante et siège plutôt au-dessus de l'apophyse tibiale. L'ostéopériostite rhumatismale succède à des poussées articulaires et a une localisation ordinaire au niveau des diaphyses. Une ostéo-arthrite tuberculeuse sera reconnaissable à ses symptômes articulaires.

Ainsi les observations de formes suppurées que nous avons recueillies nous montrent ou une intégrité articulaire qui peut être considérée comme un caractère de l'affection, ou un envahissement véritable de l'articulation, une arthrite suppurée complication redoutable qui a immédiatement occupé le premier plan de la scène clinique. Nous verrons un aspect tout différent de ces deux extrêmes que sont l'intégrité ou l'envahissement articulaire, dans la forme avec simple retentissement articulaire que nous allons maintenant décrire.

Forme pseudo-articulaire

A l'examen de la malade dont nous avons rapporté l'observation détaillée, l'attention est attirée sur la région de

la tubérosité antérieure du tibia où il existe une fistule, mais aussi sur l'articulation du genou qui est tuméfiée. On a un choc rotulien net. Le membre est en position de flexion légère, sa mobilité est limitée. La douleur à la pression n'est pas cantonnée à la région tubérositaire, on la trouve au niveau de l'extrémité inférieure du fémur et au niveau du creux poplité. La douleur spontanée est très vive, empêche le sommeil. La marche de l'affection a été progressive, le début insidieux sans phénomènes bruyants. L'évolution a été lente puisque la maladie remonte à deux ans auparavant, mais cachectisante ; la malade avait en effet maigrie de 10 kilogs.

Ce tableau clinique avec les manifestations articulaires et l'altération progressive de l'état général évoque immédiatement l'idée d'une tumeur blanche, et c'est en effet à ce diagnostic que s'arrêtèrent plusieurs de ceux qui examinèrent notre malade.

Cependant, à y regarder de plus près, certains traits de l'affection ne concordent pas bien avec ceux d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Remarquons d'abord que la tuméfaction articulaire est formée exclusivement par un liquide nettement fluctuant ; on ne sent nulle part de fongosités. Ce liquide retiré par la ponction n'a pas tuberculisé le cobaye auquel il a été injecté. D'autre part la limitation dans les mouvements du genou serait peu marquée pour une arthrite tuberculeuse évoluant depuis deux ans et elle tient surtout à la douleur. De même l'altération de l'état général est surtout le fait de la douleur. Puis il y a le siège de la fistule tibiale située relativement loin de l'articulation et en vis-à-vis de la tubérosité anté-

rière du tibia, et l'examen radiographique montre à ce niveau le maximum des lésions.

La douleur très vive n'est, à vrai dire, pas limitée; elle s'étend en arrière et en haut. Pour ne pas être trompé par cette diffusion et pour l'expliquer, il faut songer que les lésions anciennes se sont étendues à toute l'épiphyse tibiale et que l'articulation a réagi par une hydarthrose et l'extrémité inférieure du fémur par de l'ostéoporose.

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt pratique qui s'attache à ce que ce diagnostic soit posé ? Il aura pour prix la conservation de l'articulation du genou. Supposons, en effet, que l'on considère à tort la maladie comme une tumeur blanche : on la traitera par l'immobilisation prolongée qui n'empêchera probablement pas les lésions de s'étendre et de gagner en fin de compte l'articulation du genou. Si l'on décide une opération, toujours sous l'influence d'un diagnostic erroné, cette opération sera une résection qui aboutira à une ankylose du genou après ablation de toute l'épiphyse tibiale. Au contraire, le diagnostic de lésion sous-articulaire conduira à un simple évidement épiphysaire. Le degré auquel sont parvenues les altérations osseuses ne permet dans notre observation qu'une guérison très lente qui n'est pas encore achevée puisqu'il persiste encore après un an et malgré plusieurs curetages, une petite fistule, d'ailleurs en bonne voie de guérison, mais la malade marche depuis longtemps avec un genou mobile où se sont éteints les phénomènes inflammatoires réactionnels.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

L'ostéite non suppurée sera tout d'abord traitée par le repos au lit. On a employé l'immobilisation plâtrée du membre inférieur qui permet au malade de ne pas garder le lit pendant que le repos est nécessaire. Cette immobilisation peut être prolongée pendant 5 ou 6 semaines. Les douleurs ont été combattues avec succès par la révulsion (vésicatoires, teinture d'iode), par les analgésiques. Il est des cas où une indication spéciale a pu donner des résultats : salicylate de soude, aspirine.

Certaines formes hyperostotiques avec phénomènes douloureux persistants sont justiciables d'une intervention. Curtillet, dans un de ces cas, a eu un bon résultat à la suite d'un curettage. Dans les ostéites suppurées l'intervention est nécessaire. Suivant l'étendue des lésions on a pu être amené soit à pratiquer une simple incision, soit à faire un curettage qui dans le cas que nous rapportons a dû être étendu à toute l'épiphyse.

Si l'articulation est envahie, le traitement de l'arthrite

suppurée s'impose et on pourra parfois être amené à une résection.

La forme pseudo-articulaire où les lésions sont voisines de l'articulation, doit, comme les autres formes suppurées, être traitée par le curettage ; mais ce voisinage de l'articulation impose une intervention prudente : il faut ici respecter les adhérences qui ont pu se produire à ce niveau et prendre toutes précautions de façon à ne pas pénétrer dans la cavité articulaire. La guérison de ces formes avancées est lente et difficile par suite de l'étendue des lésions. L'intervention immédiate est donc de mise dans les formes suppurées ; elle permettra d'agir sur des lésions encore relativement bénignes.

Si l'on a pratiqué un curettage étendu on pourra envisager le comblement de la cavité par le mélange de Mosetig ou un procédé analogue ; on pourra discuter l'opportunité d'une ostéoplastie.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons une observation d'épiphysite tibiale chez l'adulte sans envahissement véritable de l'articulation du genou, qui a été traitée par le simple évidemment épiphysaire et est en voie de guérison avec conservation de la mobilité articulaire.

II. — Cette lésion nous paraît être une forme avancée d'une ostéite de la tubérosité antérieure du tibia.

III. — A côté des formes légères non suppurées de ces ostéites tubérositaires et des formes suppurées avec ou sans envahissement articulaire, il existerait donc une forme suppurée avec réaction articulaire de voisinage susceptible d'en imposer pour une tumeur blanche du genou comme une trochantérite peut simuler une coxalgie.

IV. — La conservation de la mobilité du genou est le prix du diagnostic et d'une intervention portant exclusivement sur l'épiphyse tibiale.

LE PRESIDENT DE LA THESE,
BÉRARD.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 30 octobre 1920.

Pour le Recteur et par Délégation :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
/ L. HUGOUNENQ,

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. — *De l'ostéite apophysaire du tibia pendant la croissance* (thèse de Lyon, 1900).
- ARCHAMBAULT. — *France Médicale* (30 mars 1878).
- COMBY. — *Archives de Médecine* (1903).
- GANGOLPHE. — *Traité des maladies infectieuses des os* (1894).
- GIRALDÈS. — *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* (1869).
- GOSSELIN. — *Cliniques chirurgicales de la Charité* (1873).
- HARDIVILLER. — *L'ostéite apophysaire de la croissance (localisations peu fréquentes)*. Thèse de Paris, 1907.
- JEGUN. — *De l'ostéite apophysaire pendant la croissance*. (Thèse de Paris, 1878).
- KRAUSE. — *Skelet des oberen und unteren Extremitat*.
- LANNELONGUE. — *Des ostéites apophysaires de la croissance*. Bulletin de la Société de Chirurgie, février 1878.
- LE CLERC. — *Des apophysites du tibia pendant la croissance*. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, mars 1901).
- MAUCLAIRE. — *Maladies des os*. (Traité Le Dentu et Delbet).
- OLLIER. — *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*.
- OSGOOD. — *Lésions of the tibial tubercle occurring during adolescence*. (Boston medical and surgical journal, 29 janvier 1903).

POLLOSSON. — *De l'ostéite apophysaire non suppurée.* (Province Médicale, 24 septembre 1887. — Leçons de clinique chirurgicale, 1893).

ROKEACH. — *Fractures de la tubérosité antérieure du tibia.* (Thèse de Paris, 1910).

SPILLMANN. — *Article genou.* (Dictionnaire Dechambre).

ZESAS. — *L'apophysite tibiale.* (Archives générales de chirurgie, 25 décembre 1909).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	10
OBSERVATIONS (résumées)	13
CHAPITRE I. — Etiologie.....	23
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	30
CHAPITRE III. — Formes cliniques.....	34
CHAPITRE IV. — Traitement.....	41
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45
